

Bericht zur Tagung

Wie sieht die medizinische Grundversorgung von morgen aus?

Wie sollen künftige Grundversorger/innen aus- und weitergebildet werden?

Wie kann die Weiterbildung im Bereich der Grundversorgung attraktiver gestaltet werden?



Journée de réflexion für Parlamentarier/innen und Akteur/innen des Gesundheitssystems
7. Oktober 2009, Empire-Saal des Restaurants „Zum Äusseren Stand“ in Bern

Veranstalter:



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Schweizerischer Wissenschafts- und Technologierat
SWTR
www.swtr.ch



Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SAMW
www.samw.ch



crus.ch

Rektorenkonferenz der Schweizer Universitäten
Conférence des Recteurs des Universités Suisses
Conferenza dei Rettori delle Università Svizzere
Rectors' Conference of the Swiss Universities

Rektorenkonferenz der Schweizer Universitäten CRUS
Konferenz für Hochschulmedizin KfHM
www.crus.ch

Inhalt

Vorwort /3

Zusammenfassungen der Referate und der Podiumsdiskussion:

Begrüssung Jacqueline Fehr, Nationalrätin /4

Wie sieht die medizinische Grundversorgung von morgen aus?

Kontext und Ziele der Tagung Prof. Dr. Susanne Suter, Präsidentin SWTR /6

Medizinische Demografie und Ärztebedarf im Jahre 2030

Dr. med. Hélène Jaccard Ruedin, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Obsan /8

Wie gelingt es, die junge Generation zu motivieren, medizinische Bereiche zu wählen, in denen sich ein Mangel abzeichnet? Dr. med. Werner Bauer, Arbeitsgruppe «Berufsbilder» der SAMW, im Dialog mit Frau Rahel Schwotzer, Assistenzärztin, Männedorf /11

Medizinische Weiterbildung für die Grundversorgung: Wie kann man den Bedürfnissen von Spitälern und Arztpraxen gerecht werden? Prof. Dr. Arnaud Perrier, Allgemeine Innere Medizin, HUG Genf /13

Neue Versorgungsmodelle, Kompetenzen und «Skill Mix» in der medizinischen Grundversorgung Prof. Dr. Sabina de Geest, Institut für Pflegewissenschaften, Universität Basel /15

Podiumsdiskussion /17

Synthese zum Tagungsende Prof. Dr. Peter Suter, Präsident SAMW /20

Kurzbiografien /22

Presseecho /24

Mitwirkung /25

Alle PowerPointpräsentationen sowie eine Fotogalerie der Tagung sind auf der folgenden Webseite erhältlich:

www.swtr.ch/journeedereflection

Vorwort

Das gesamte Gesundheitssystem soll grundlegend überdacht werden: das hat der Bundesrat in seinem Bericht zur Legislaturperiode 2003-2007 gefordert. Wo stehen wir heute in dieser Entwicklung? Eine grundlegende Reform hat noch nicht stattgefunden, aber die Brisanz einzelner Themen wurde erkannt. Dazu gehört die drohende Versorgungslücke in der ärztlichen Grundversorgung der Bevölkerung: Wir bilden nicht genug Ärzte aus und je länger je weniger junge Ärzte wollen sich zum Grundversorger weiterbilden. Nach einer umfassenden Reform des Medizinstudiums wird nun eine Reform des gesamten ärztlichen Weiterbildungssystems notwendig mit dem Ziel, die Weiterbildung zum Grundversorger attraktiver zu gestalten und den zukünftigen Bedürfnissen der Bevölkerung anzupassen.

Eine Herausforderung für die verantwortlichen Bildungsinstitutionen, aber auch für die politischen Gremien, die für strukturelle Anpassungen des Bildungssystems verantwortlich sind. Reformen im Bildungssystem der Gesundheitsberufe und politische Interventionen im Gesundheitssystem müssen sich gegenseitig verstärken, um den Herausforderungen gerecht zu werden. Mehr denn je ist deshalb der Dialog zwischen Politikern und Bildungsverantwortlichen zu pflegen: nicht nur weil die Probleme komplex sind, sondern auch weil die Zeit drängt. Grundlegende Änderungen im ärztlichen Bildungssystem entfalten erst 10-12 Jahre nach ihrer Einführung ihre Wirkung in der Praxis: so lange dauern Medizinstudium und ärztliche Weiterbildung. Die Versorgungslücke wird in den nächsten 10-20 Jahren immer stärker spürbar werden und korrigierende Massnahmen müssen so schnell als möglich ergriffen werden.

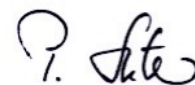
Die Tagung zum Thema « Wie sieht die medizinische Grundversorgung von morgen aus? » ist vom Schweizerischen Wissenschafts- und Technologierat, der schweizerischen Akademie für Medizinische Wissenschaften und der Rektorenkonferenz der Schweizer Universitäten gemeinsam organisiert worden: sie ist im folgenden Bericht zusammengefasst. Sie hatte zum Ziel Politiker und Akteure des Bildungssystems für Gesundheitsberufe rund um diese Problematik zusammenzubringen.



Prof. Dr. Dominique Arlettaz
CRUS - KfHM



Prof. Dr. Susanne Suter
Präsidentin SWTR



Prof. Dr. Peter Suter
Präsident SAMW

Begrüssung

Jacqueline Fehr, Nationalrätin



Die Gesundheitspolitik ist sich bewusst, dass eine Versorgungslücke droht, die mit vermehrtem Teamgedanken und zeitgemässen sowie bedürfnisorientierten Lohn- und Arbeitsmodellen begegnet werden muss. Ausserdem seien generell die gesundheitspolitischen Zügel auf Bundesebene straffer in die Hand zu nehmen.

Angesichts der bestehenden Versorgungslücke in der medizinischen Grundversorgung müssen die Weichen wissenschaftlich, politisch und finanziell so gestellt werden, dass es weder zu Engpässen noch zu qualitativen Einbussen kommt.

Die Gründe für die Versorgungslücke sind vielfältig:

- Ärztliche Demografie und veränderte Ansprüche an die medizinische Versorgung
- Unterschiedliche Attraktivität der verschiedenen Gesundheitsberufe
- Konkurrenz durch andere Berufe und Studienrichtungen
- Numerus Clausus
- Grosse Belastung im Berufsalltag

Im regulierten Schweizer Gesundheitssystem bildet sich das Gleichgewicht zwischen dem, was für eine stabile, sichere und qualitativ gute Grundversorgung gebraucht wird, und dem Resultat der Ausbildung nicht von alleine. Damit stellt sich die Frage der Steuerung. Zwar hat die Politik in den vergangenen Monaten begonnen, gezielt Entscheide zugunsten der Allgemeinmedizin zu fällen (zum Beispiel bei der Zulassungsregulierung, bei der künftig die Hausärztinnen und Hausärzte ausgenommen werden sollen und beim differenzierten Selbstbehalt). Dies ist aber nur der kleinste gemeinsame Nenner. Die Frage nach der Steuerung des Systems, der Systemkohärenz, der Anreize, der Berufsbilder usw. stellt sich je länger je deutlicher.

Dreh- und Angelpunkt in der Grundversorgung von morgen sind die Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner. Daher muss die Hausarztmedizin wieder vermehrt ins Zentrum rücken. Sie muss sich aber auch modernisieren, das heisst, sich mit den folgenden, grossen Trends auseinandersetzen:

1. Steigender Frauenanteil
2. Neue Berufsfelder mit Masterabschluss
3. Veränderte Demografie
4. Sozial, kulturell und wirtschaftlich heterogene Gesellschaft
5. Unterschiedlich stark informierte und autonome Patientinnen und Patienten
6. Marktdruck der Industrie, u.a. durch Scheininnovation.

Vom Einzelkämpfer zum Team

Der steigende Frauenanteil ist ein dominanter Trend in der Medizin. Dadurch entsteht eine Hinwendung zur Teamarbeit und somit eine grundlegende Veränderung des Berufsbildes. Je mehr Frauen als Hausärztinnen arbeiten, desto mehr Teilzeitarbeit, Gruppenpraxen und Vernetzung wird es geben. Der Druck, die Notfalldienste neu zu organisieren wird ebenso steigen wie das Interesse an der interdisziplinären Zusammenarbeit. Mehr Frauen heisst in der Regel mehr Innovation und mehr Mut zu Neuem.

Vom Einzelleistungstarif zum Lohn

Interessant wird vor allem die Diskussion um die finanzielle Abgeltung der ärztlichen Leistungen sein. Auch hier werden immer mehr Stimmen laut – gerade aus dem Kreis der Ärztinnen –, die nach einer fixen Lohnabgeltung anstelle der heutigen Einzelleistungsabgeltung rufen. Ein Fixlohn würde sich – zum Beispiel nach dänischem Modell – aufgrund der Anzahl eingeschriebener Patientinnen und Patienten mit entsprechenden Risikofaktoren sowie der effektiven Arbeitszeit berechnen lassen.

Es braucht eine klare Steuerung, um diese Herausforderungen anzugehen.

Und es braucht jemanden, der den Lead übernimmt. Das kann nur der Bund sein, denn nur er hält die gesundheitspolitischen Zügel von morgens bis abends in der Hand und kann mit allen Akteuren auf Augenhöhe verhandeln. Um diesen Reformprozess erfolgreich zu meistern, wäre es hilfreich, eine Staatssekretärin oder einen Staatssekretär für Gesundheit einzusetzen.

Wie sieht die medizinische Grundversorgung von morgen aus?

Kontext und Ziele der Tagung

Prof. Dr. Susanne Suter, Präsidentin SWTR

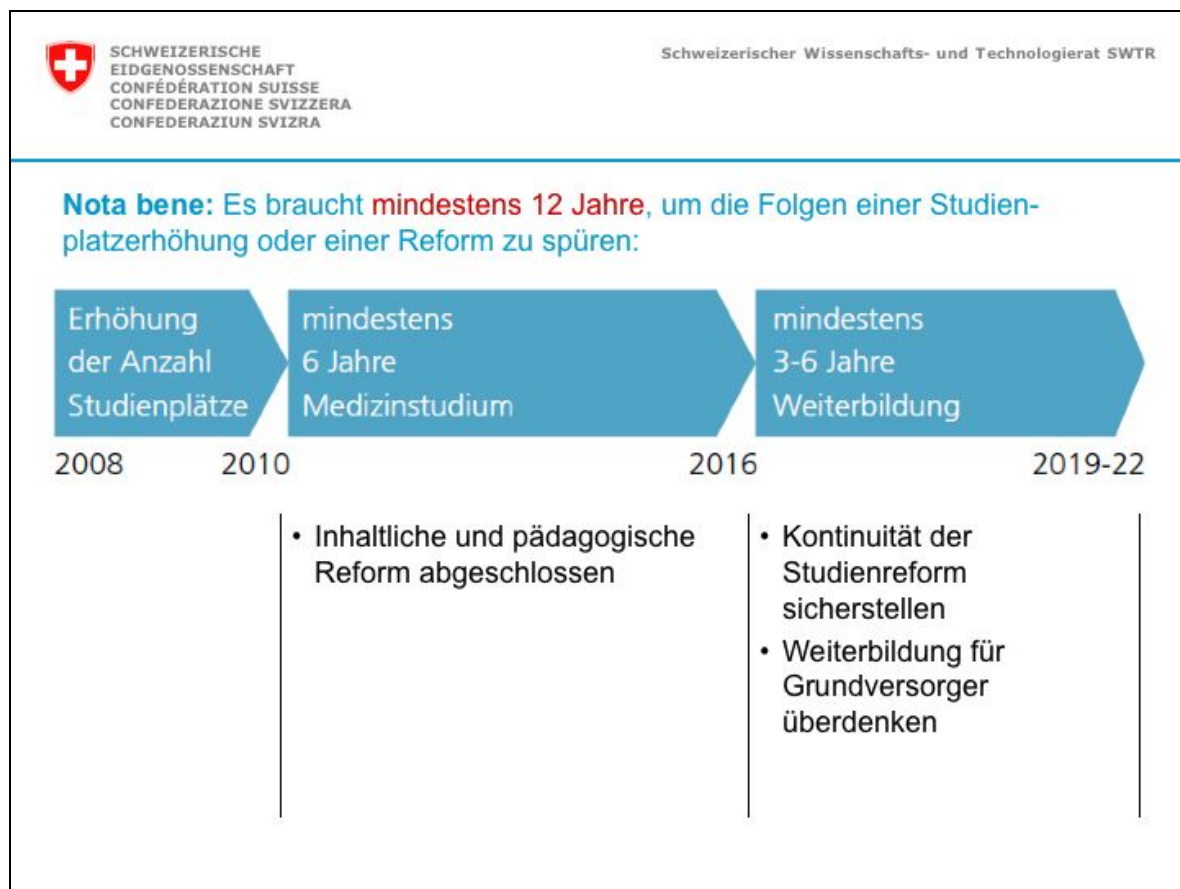


Bereits vor Jahren machte der SWTR als Konsultativorgan des Bundesrates auf den dringenden Handlungsbedarf aufmerksam. Er schlägt Änderungen bei der Weiterbildung vor, die sich an Lebensabschnitten der Patienten orientieren und nach Arbeitsorten differenzieren könnte. Ebenso sei die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegepersonal zu verbessern.

Die heutige Tagung soll eine grundlegende, öffentliche Diskussion über die ärztliche Aus- und Weiterbildung in der Schweiz ermöglichen. Der SWTR hat bereits verschiedene Publikationen dazu herausgegeben und auf den grossen Handlungsbedarf hingewiesen («Für eine zukunftsorientierte Hochschulmedizin», 2006 und «Ärztedemographie und Reform der ärztlichen Berufsbildung», 2007, vgl. www.swtr.ch).

Was heute entschieden wird, wirkt in 12 Jahren

Massnahmen wie eine Erhöhung der Studienplätze oder Aus- und Weiterbildungsreformen können keine schnelle Wirkung entfalten. Die Auswirkungen werden erst in rund 12 Jahren zu spüren sein (mind. 6 Jahre Studium, mind. 3 bis 6 Jahre Weiterbildung). Umso wichtiger ist es, bereits heute die Weichen für die Zukunft zu stellen.



Ärztliche Weiterbildung grundlegend überdenken

Es gibt verschiedene Gründe, warum die Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte überdacht werden soll. Zum Beispiel aufgrund:

- der mangelnden Kontinuität zwischen dem reformierten Medizinstudium und der ärztlichen Berufsbildung;
- des mangelnden Nachwuchses und/oder Attraktivität in der Allgemeinmedizin;
- der Diversifizierung der heutigen Grundversorger (Internisten, Kinderärzte, Frauenärzte, Psychiater ...);
- der tiefgreifenden Mutationen im Spitalbereich sowie der neuen Entwicklungen im Zusammenspiel mit dem ambulanten Sektor (etwa 50% aller Ärzte arbeitet in Spitälern).

1. Denkanstoss: Mit dem Wachstum des medizinischen Wissens Schritt halten

Hausärztinnen und Hausärzte sind teilweise frustriert, da sie die optimale Behandlung ihrer Patienten oft nur mit Hilfe von Spezialisten sicherstellen können, weil ihnen das Wissen beziehungsweise die diagnostischen Instrumente fehlen. Diesem Befund könnte auf zweierlei Arten begegnet werden:

Spezialisierung nach Lebensabschnitten der Patienten:

Ärzte spezialisieren sich auf verschiedene Lebensabschnitte, etwa Kinder und Jugendliche, erwerbstätige Menschen oder ältere Menschen. Das Wissen um altersabhängige Faktoren der Gesundheit erlaubt es dem Arzt, gezielter und sparsamer mit Therapien umzugehen. Dieses Modell ruft jedoch nach modular aufgebauten Weiterbildungen, die es dem Arzt erlauben, das notwendige Wissen, den Einsatz von diagnostischen Methoden und die therapeutischen Kompetenzen zu erlernen, um die meisten Patienten in einem gegebenen Lebensabschnitt eigenständig und effizient behandeln zu können.

Triage und Koordinationsrolle in Zusammenarbeit mit Spezialisten:

Damit rücken Gruppenpraxen sowie die dort notwendige Kommunikation und Komplementarität in den Vordergrund. Die dafür notwendige Weiterbildung müsste vermehrt Kommunikations- und Managementfähigkeiten betonen.

2. Denkanstoss: Aus- und Weiterbildung an zukünftige Aktivität anpassen

Das könnte zum Beispiel bedeuten, dass Ärztinnen und Ärzte auf ihren künftigen Arbeitsort angepasste Weiterbildungen aussuchen können, z.B. je nachdem ob sie in ländlichen oder städtischen Gebieten arbeiten wollen, in einem Spital, einer Gruppen- oder Einzelpraxis. Auch dafür muss die Weiterbildung modular aufgebaut sein.

3. Denkanstoss: Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungen gewährleisten

Die Wirtschaftlichkeit der Leistungen in der Grundversorgung muss gewährleistet sein, aber im Rahmen einer Güterabwägung. Die Tarifstruktur als Ganzes soll dem Weiterbildungskonzept gerecht werden.

4. Denkanstoss: Zusammenarbeit und Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Pflegepersonal verbessern

- Ärzte, Pflegenden und Physiotherapeuten könnten in gemeinsamen Kursen ausgebildet werden, um die Zusammenarbeit zu verbessern. Beispiele: „Faculty of Health Sciences“, Linköping, Schweden; Careum Zürich, Schweiz.
- Die Grundversorgung steht dabei im Vordergrund.
- Der Patientenkontakt soll früh erfolgen. Hilfreich sind auch sogenannte «training wards»: Lernorte, an denen die Vertreter der unterschiedlichen Gesundheitsberufe bereits während der Ausbildung ihre Zusammenarbeit bei Diagnose und Behandlung von Patienten üben können.
- Eine enge Verbindung zwischen Praxis und Forschung soll für alle Gesundheitsberufe ermöglicht werden.

Medizinische Demografie und Ärztebedarf im Jahre 2030

Dr. med. Hélène Jaccard Ruedin, Obsan



Der Blick in die Statistik bringt weitere Facetten ans Licht: Einerseits ist die Zahl der Hausärzte rückläufig, andererseits nimmt die Anzahl der Konsultationen ständig zu. Dieser sich dramatisch öffnenden Schere kann nicht allein mit mehr Ärzten begegnet werden. Es braucht grundlegende Änderungen bei der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen.

Wie wird das Schweizerische Gesundheitssystem im Jahre 2030 aussehen? Die grösste Herausforderung stellt gemäss den Prognosen die Alterung der Bevölkerung und der Ärzteschaft dar. Diese Entwicklung wird verschiedene Folgen haben: Erstens wird durch die höhere Anzahl älterer Menschen ganz grundsätzlich der Bedarf an medizinischen Leistungen zunehmen. Zweitens wird es zu einer Verschiebung von akuten zu chronischen Erkrankungen kommen. Und drittens wird ein gewichtiger Anteil der heute tätigen Hausärztinnen und Hausärzte bis dahin pensioniert sein und zu wenig Schweizer Nachwuchs folgt nach.

Vor allem ältere Patienten suchen Hausärzte auf

Der prognostizierte Hausärztemangel wird Patienten ab 65 Jahren stärker betreffen als andere, denn sie suchen für zwei von drei Konsultationen einen Hausarzt auf. Jüngere Generationen hingegen benötigen eher Kinder-, Frauen-, Psychiatrie-, oder Fachärzte. Betrachtet man die Altersstruktur der heute im ambulanten Sektor tätigen Ärzte, so fällt auf, dass 24 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte älter als 60 Jahre sind (Stand 2008). Bei den Männern verfügt die Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen mit 2000 Mitgliedern über die meisten Ärzte. Bei den 40- bis 44-Jährigen sind es nur noch etwas mehr als 1000. Ähnlich sieht es bei den Frauen aus, allerdings ist die Altersstruktur hier etwas jünger.

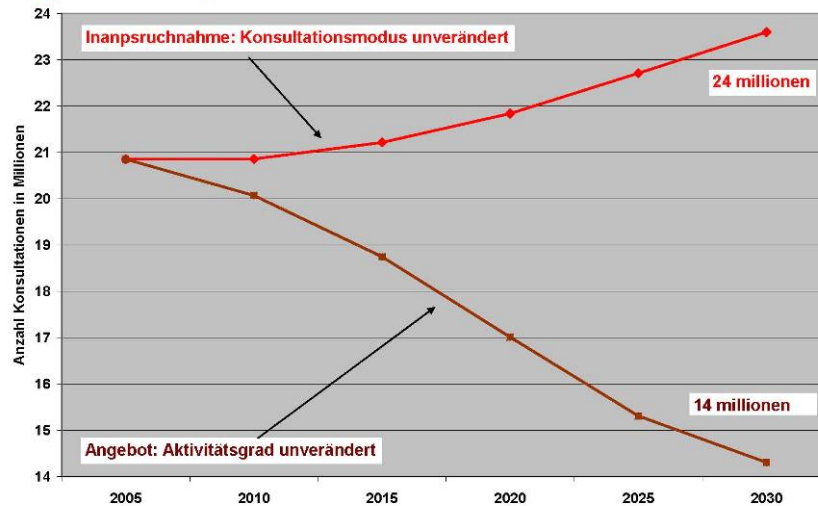
Es fehlt also an Schweizer Nachwuchs im Hausärzte-Bereich. Dies bestätigt auch ein Blick auf die Nachwuchszahlen: Im Jahre 2005 waren etwa 75 Prozent der insgesamt 19'000 spitaltätigen Ärzte Schweizer (wovon die Hälfte in Ausbildung). Schon zwei Jahre später waren es nur noch etwas mehr als 65 Prozent. Dafür stieg der Anteil der Deutschen Ärzte in dieser Zeit von 13 auf 19 Prozent.

14 Prozent weniger Hausärzte bis 2030

Gemäss Prognosen wird sich die Zahl der Hausärztinnen zwar bis ins Jahr 2030 etwa verdoppeln, von heute 1500 auf etwas mehr als 3000. Diese Steigerung kann jedoch die Lücke bei den Männern nicht wettmachen. Insgesamt wird es daher im Jahre 2030 14 Prozent weniger Hausärztinnen und Hausärzte geben.

Welche Folgen hat diese Entwicklung auf die hausärztliche Versorgung? Es entsteht eine immer grösser werdende Lücke zwischen Angebot und Nachfrage. Die Nachfrage wird – wenn man von heutigen Massstäben ausgeht – bis ins Jahr 2030 steigen, von circa 21 Millionen Konsultationen pro Jahr auf 24 Millionen. Beim Angebot werden aufgrund der kleineren Anzahl Ärzte weniger Konsultationen durchgeführt werden können: Von heute 21 Millionen wird diese Zahl auf nur noch 14 Millionen zurückgehen.

Angebot und Inanspruchnahme: Prognose des jährlichen Konsultationsvolumens



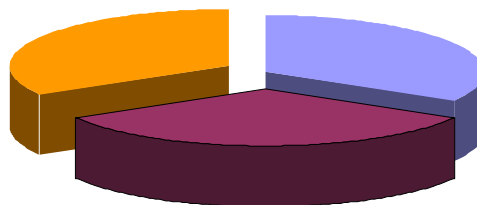
Reflexionstagung zur medizinischen Grundversorgung, Bern, 7. Oktober 2009

(Obsan 2008)

10 Millionen potenziell nicht erbrachte Konsultationen (40% des Bedarfs). Drei Gründe dafür:

1/3: Zunahme des Bedarfs
 an ärztlichen Leistungen

1/3: Abnahme des
 Ärztebestands



1/3: Feminisierung des Ärztebestandes
 und Abnahme des Arbeitspensums

Reflexionstagung zur medizinischen Grundversorgung, Bern, 7. Oktober 2009

(Obsan 2008)

Vielfältige Auswirkungen

Mehr Konsultationen auf weniger Ärzte verteilen? Hier entsteht ein Konflikt, der mehrere Folgen haben könnte: Erstens könnte diese Entwicklung eine Rationierung der Konsultationen bedeuten mit einem Fokus auf die wirklich nötigen Konsultationen. Zum anderen droht eine Verschiebung der Konsultationen in die Notfalldienste sowie zu den Fachärztinnen und Fachärzten (denn hier droht «nur» ein Rückgang der Bestände um 5 Prozent).

Die Frage des Personalmangels stellt sich aber nicht nur beim Ärztebestand, sondern insgesamt beim Gesundheitspersonal:



Was zu tun ist

Welche Massnahmen kommen in Betracht, um die Entwicklung zu entschärfen?

Auf der Ebene der Bevölkerung muss überdacht werden, welche Leistungen wirklich sinnvoll sind und erbracht werden sollen. Zudem müsste man überdenken, wie man die Gesundheit sowie die Gesundheitskompetenzen der Bevölkerung fördern könnte. Auf der Ebene des Gesundheitswesens geht es einerseits um das nicht unproblematische Thema der Einwanderung von qualifiziertem Personal sowie darum, Personal auszubilden, das dem Gesundheitswesen auch längerfristig erhalten bleibt. Zudem ist ein politischer Wille nötig, um die Hausarztmedizin innerhalb der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu fördern.

Wie gelingt es, die junge Generation zu motivieren, medizinische Berufe zu wählen, in denen sich ein Mangel abzeichnet?

Dr. med. Werner Bauer, Arbeitsgruppe «Berufsbilder» der SAMW, im Dialog mit Frau Rahel Schwotzer, Assistenzärztin, Männedorf



Aus der Sicht des erfahrenen Hausarztes führt der Weg zu sicheren Grundversorgung über die Weiterbildung, die gut ausgebildete Generalisten hervorbringt, und eine klare Arbeitsteilung, währenddem die Perspektive der Assistenzärztin auf die Attraktivität des Berufsbildes sowie die Arbeitsbedingungen fokussiert.

Bereits vor 100 Jahren wurden Arbeitsbedingungen beschrieben, wie sie für die Hausärzte auch heute noch zutreffend sind. Im Gegensatz zu den Arbeitsstrukturen in den Spitälern, die sich in den vergangenen Jahren modernisiert haben, haben sich die Strukturen in den Hausarztpraxen kaum verändert. Für Hausärzte gilt noch immer das Bild des Alleskönners, oder negativ formuliert, des Mädchens für alles.

Wie sieht die medizinische Grundversorgung von morgen aus?

- The family doctor, the private in our great army, the essential factor in the battle, should be carefully nurtured by the schools and carefully guarded by the public (...).
- The cultivated general practitioner. May this be the destiny of a large majority of you! You cannot reach any better position in a community. That his life is hard and exacting; that he is underpaid and overworked; that he has but little time for study and less for recreation – these are the blows that may give finer temper to his steel, and bring out the nobler elements in his character.

Sir William Osler, 1849 - 1919

Warum keine eigene Praxis?

Was sind die Gründe dafür, dass immer weniger junge Ärztinnen und Ärzte eine eigene Praxis übernehmen wollen?

- Die Position der Hausärzte in der medizinischen Versorgung ist unklar und angefochten.
- Das Einkommen der Hausärzte (im Vergleich mit anderen ärztlichen Berufen tief) dokumentiert die Wertschätzung des Berufes.
- Die Arbeitszeiten sind lang und unregelmässig.
- Das Eröffnen einer eigenen Praxis verliert an Reiz. Angestellt zu sein und in einem Team zu arbeiten, ist befriedigender und lässt mehr Optionen offen – auch jene für Teilzeitarbeit, die vor allem für Frauen wichtig ist.
- Die berufliche Belastung muss mit heutigen Vorstellungen der Lebensführung kongruent sein (Work-Life-Balance).

Rahel Schwotzer betont, dass das tiefe Interesse auch mit dem Zeitgeist zu tun habe: man wolle flexibel bleiben, sich nicht bereits nach einigen Jahren Berufserfahrung für die nächsten Jahrzehnte festlegen. Auch das Einkommen der Grundversorger spreche eher für die Spezialisierung als für eine Laufbahn als Hausarzt oder Hausärztin.

Es gibt aber durchaus Gründe, warum sich junge Ärztinnen und Ärzte trotzdem für eine eigene Praxis entscheiden:

- Die Selbständigkeit des Hausarztes ist vergleichsweise gross.
- Der Hausarzt trifft auf ein breites Patienten- und Krankheitsspektrum, die Arbeit ist daher vielfältig.
- Der Hausarzt kann Patienten lange betreuen, zum Teil Jahrzehnte. Es entsteht eine Beziehung zwischen Arzt und Patient.

Was muss geändert werden, damit die Stärken des Hausarzt-Berufes wieder mehr zum Vorschein kommen und der Beruf attraktiver wird?

1. Das Berufsbild des Hausarztes muss sich wandeln und an die heutigen Verhältnisse besser anpassen. Dazu gehört auch eine Verbesserung der Aus- und Weiterbildung.
2. Generalisten sind auch in Zukunft wichtig: Die demographische Entwicklung, die Multimorbidität, die knappen Ressourcen rufen nach Generalisten. Es ist *die* Chance für die Weiterentwicklung der Hausarztmedizin.
3. Nicht jeder Schnupfen braucht einen Facharzt: Der Mangel an Ärzten und an Pflegefachpersonen macht eine Konzentration der Aufgaben zwingend. In Zukunft soll jede Berufsgruppe das machen, wofür sie am besten geeignet ist.
4. Die neuen Arbeitsmodelle müssen gefördert werden. Drei Faktoren werden für den Erfolg entscheidend sein: eine strukturierte, zielgerichtete Weiterbildung, Praxismodelle mit der Möglichkeit einer befriedigenden Work-Life-Balance und eine aufgewertete Position der Hausärzte.

Medizinische Weiterbildung für die Grundversorgung: Wie kann man den Bedürfnissen von Spitälern und Arztpraxen gerecht werden?

Prof. Dr. Arnaud Perrier, Allgemeine Innere Medizin, HUG Genf



Dank den Erfahrungen bei der Reform des Medizinstudiums kann auch in der Weiterbildung ein wichtiger Ansatzpunkt eruiert werden: Die richtige Balance zwischen spitalgebundener Weiterbildung und ergänzenden Modulen zur ambulanten Medizin muss gefunden werden. Dazu müssen auch die Bildungsformate in Richtung Teamarbeit entwickelt werden.

Welche Ärztinnen und Ärzte braucht es in der Grundversorgung?

Oder anders gefragt: Sind Gatekeepers wirklich nötig? Vieles spricht dafür, denn:

- spezialisierte Leistungen sind oft teuer und nicht immer notwendig.
- die Aufteilung der Betreuung zwischen mehreren Spezialisten kommt teurer als wenn ein einziger Arzt die Verantwortung übernimmt.
- die ungenügende Zuteilung des Patienten an die richtige Stelle führt dazu, dass mehrere Spezialisten konsultiert werden, wo ein einziger (oder gar keiner) gereicht hätte.

Nur: Gatekeepers sollen nicht nur zuteilen, sondern auch eigene Leistungen erbringen, um die medizinische Grundversorgung sicherzustellen. Diese wird wie folgt definiert (gemäss der World Organization of Family Doctors). Die medizinische Grundversorgung:

- ist eine wissenschaftliche und universitäre Disziplin mit spezifischen Bildungs-, Forschungs- und Praxisinhalten.
- ist eine klinische Spezialisierung mit Schwerpunkt auf Grundversorgung.
- ist ein erster Eintrittspunkt in das Gesundheitssystem, das einen offenen Zugang ermöglicht und alle Gesundheitsprobleme berücksichtigt, unabhängig von Alter, Geschlecht oder anderen Kriterien.

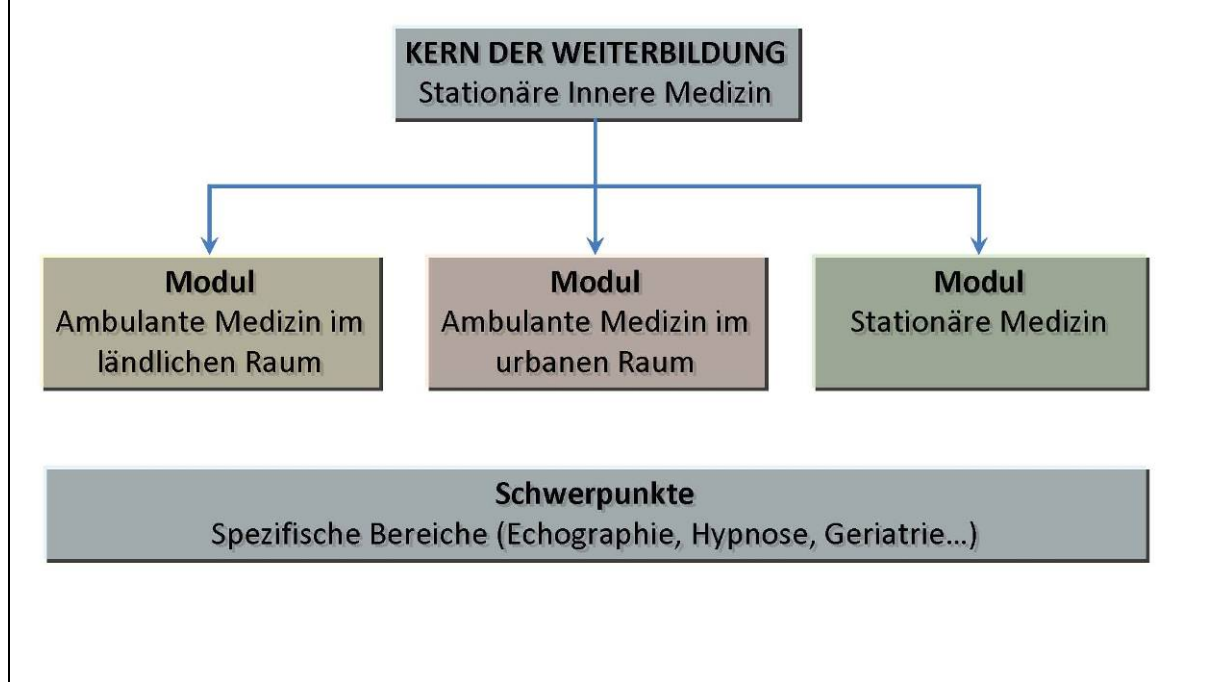
In welchem Umfeld werden Grundversorger benötigt mit welchen Aufgaben?

- Im Spital zur Orientierung, für eine Triage, für eine integrierte Pflege in Zusammenarbeit mit Spezialisten (falls nötig)
- In der Stadt: wie oben. Zusätzlich geht es auch um Prävention, Langzeitbetreuung usw.
- In abgelegenen Gegenden: wie oben. Zusätzlich geht es auch um Betreuung von Kindern und von Schwangeren, Behandlung von Haut- sowie Augenproblemen und häufigen Problemen im HNO-Bereich usw.

Wie die Weiterbildung anzupassen wäre

Den Kern der Weiterbildung der Hausärztinnen und Hausärzte soll weiterhin die stationäre innere Medizin bilden (Dauer: 2 Jahre). Die Spitäler sind ein guter Ort für die Weiterbildung, da dort Fachleute tätig sind und die Ärztinnen und Ärzte von einer engen Supervision profitieren können. Folgende Module sind aber zusätzlich vorzusehen: ambulante Medizin im ländlichen Raum, ambulante Medizin im urbanen Raum, stationäre Medizin (Dauer: drei Jahre).

Wege zur modularen Weiterbildung



Auch die Inhalte sowie Formate der Weiterbildung sollten angepasst werden: So sollten etwa medizinisch-ökonomische Aspekte oder die Patientensicherheit vermehrt vermittelt werden. Andere Weiterbildungsformen wie Lernen in Gruppen, das Bearbeiten von Fallstudien sowie Simulationen können vor allem positive Auswirkungen auf die Arbeit im Team haben.

Eine bloße Umstrukturierung der Weiterbildung reicht allerdings nicht aus. Es braucht zusätzlich einen echten Kulturwandel, der zu mehr Anerkennung für die Grundversorgung führt und der auch die Forschung in der Grundversorgung besser fördert.

Neue Versorgungsmodelle, Kompetenzen und «Skill Mix» in der medizinischen Grundversorgung

Prof. Dr. Sabina de Geest, Pflegewissenschaften, Universität Basel



Vor dem Hintergrund der wachsenden Versorgung von Menschen mit chronischen Krankheiten und einer Valorisierung des Selbstmanagements der Patienten können sich neue Zusammenarbeitsmodelle zwischen Pflegefachpersonen sowie Ärzten und Ärztinnen ergeben. Durch den Einsatz von „Advanced Practice Nurses“ ergeben sich neue Perspektiven.

Was die Gesundheitsversorgung bestimmen soll

Zentrale Triebkraft der Grundversorgung sind die sich verändernden Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung. Deren Entwicklung ist deshalb genau zu beobachten und kann mittels Indikatoren abgeschätzt werden; so wird der Anteil der über 80-jährigen Menschen an der Bevölkerung in der Schweiz von heute 5 Prozent auf 12 Prozent im Jahr 2050 steigen. Parallel dazu wird die Bedeutung der chronischen Erkrankungen laufend zunehmen. In einigen Jahren, so wird geschätzt, entfallen drei Viertel der Gesundheitsausgaben auf die Versorgung von Menschen mit chronischen Krankheiten.

Das Ziel: Professionelle Versorgung und Förderung von Selbstmanagement

Gerade bei chronisch Kranken wird nebst der zweckmässigen und wirksamen ärztlichen Versorgung die Selbstpflege immer wichtiger. Hier könnte ein Modell interessant sein, bei dem vor allem das Patienten- oder Selbstmanagement gefördert wird.

Mindestens vier Fünftel der Beiträge zur Gesundheitsversorgung chronisch kranker Personen sollten künftig für Selbstpflege, Gesundheitskompetenzen und Symptommanagement eingesetzt werden. Ein Fünftel wäre der professionellen Versorgung durch Pflegenden und Ärzte vorbehalten.

Die Defizite sind offensichtlich

Ein grosser Teil der Ressourcen in der Gesundheitsversorgung wird für Akuterkrankungen eingesetzt, oft ohne genügende Prävention und Einbezug der Patientinnen und Patienten. Zudem mangelt es oft an einem systematischem Follow-up, bei dem der Patient und nicht der Versorger im Mittelpunkt steht.

Neue Herangehensweisen

Das Zusammenspiel von informierten und aktiven Patienten mit vorbereiteten, proaktiven Praxisteams bestehend aus Ärzten und spezialisierten Pflegefachpersonen kann eine neue Qualität in die Grundversorgung bringen. Erste Abklärungen könnten bei den Patienten zuhause vorgenommen werden, welche dann in eine Versorgungsplanung und ein regelmässiges Monitoring münden. Das Coaching der Patienten sowie der Angehörigen wäre ein weiteres wichtiges Element. Erfahrungen aus den USA zeigen, dass dadurch die Aufenthalte in Spitälern und Pflegeheimen um einen Viertel bis einen Drittel verkürzt werden können.

Dieses Modell würde jedoch bedeuten, dass wir uns von der Idee lösen müssen, dass Spital, spitalexterne Pflege, Arztpraxis und Pflegeheim voneinander getrennt sind. Um das Modell erfolgreich zu lancieren, braucht es besonders Investitionen an der Basis: bei der Förderung des Selbstmanagements, um informierten und aktiven Patienten mehr Verantwortung übergeben zu können.

Das Modell der “Advanced Practice Nurses”

In enger Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten, die sich auf Diagnose und Behandlung konzentrieren, könnten Advanced Practice Nurses auf das Patientenselbstmanagement fokussieren. Dies würde jedoch interprofessionelle Ausbildungsgänge (auf Masterebene) bedingen, ein Modell, das sich nun auch in der Schweiz durchzusetzen beginnt. So könnten die folgenden Kernkompetenzen für Gesundheitsberufe in der Grundversorgung besser erworben werden:

- Patientenzentrierte Versorgung
- Fähigkeit zur Beteiligung und Zusammenarbeit (z.B. mittels berufsübergreifender Aus- und Weiterbildung)
- Qualitätsentwicklung
- Beherrschung der Informations-/Kommunikationstechnologien
- Integration der Public Health Perspektive

Podiumsdiskussion

- Dr. med Werner Bauer, Arbeitsgruppe «Berufsbilder» der SAMW
- Frau Jacqueline Fehr, Nationalrätin
- Prof. Dr. Patrick Francioli, Dekan Faculté de biologie et de médecine, Universität Lausanne
- Prof. Dr. Sabina de Geest, Pflegewissenschaften, Universität Basel
- Dr. med. Pierre Klauser, Kinderarzt, Genf
- Prof. Dr. Thomas Rosemann, Hausarztmedizin, Universität Zürich
- Frau Esther Pardo, Medizinstudentin an der Universität Zürich

Moderation: Prof. Dr. Iwan Rickenbacher



In der Podiumsdiskussion wurde in vielen grundsätzlichen Punkte ein Konsens festgestellt. Wichtigste Punkte der Podiumsdiskussion:

«Drei Faktoren sind entscheidend: die Weiterbildung, Praxismodelle mit Möglichkeiten einer befriedigenden Work-Life-Balance, und eine aufgewertete Position der Hausärzte mit Steuerungsfunktion.»
Werner Bauer

Das Land braucht neue Versorgungsmodelle

Es ist vielfach belegt, dass Versorgungssysteme mit einer guten Hausarztmedizin günstiger sind und zu einer besseren Lebensqualität führen. Allerdings steckt die Grundversorgung in einer veritablen Krise. Die Politik muss mehr finanzielle Mittel zur Verfügung stellen und neue Modelle der Gesundheitsversorgung müssen institutionalisiert werden. Pilotprojekte zeigen, dass ältere Personen länger zu Hause bleiben können, wenn sie erst dann zum Arzt gehen, wenn das aufgrund eines Assessments durch Pflegende angezeigt ist. Der Schweizer Föderalismus könnte eine gute Ausgangslage dafür sein, um solche Pilotprojekte einzuführen und zu testen.

Dazu braucht es ein Überdenken der Arbeitsteilung zwischen Ärzten, Pflegenden und anderen Medizinalberufen. Denkbar ist auch die Schaffung von Gesundheitszentren, in denen die Patienten beraten werden und auf ihrem Weg durch das Gesundheitsversorgungssystem begleitet werden. Die Schweizer Gemeinden müssten ein Interesse daran haben, eine funktionierende Grundversorgung vor Ort zu haben und könnten mit der Errichtung der Infrastruktur behilflich sein.

Ansatzpunkte Interdisziplinarität und Teamarbeit

Alle Akteure müssen in neuen Versorgungsmodellen einen Beitrag leisten. Das System muss sicherstellen, dass alle das tun, das sie am besten können. Es besteht Konsens, dass das Arbeiten im Team für die Grundversorgung wichtig ist. Auch in einem Team braucht es einen Leader, eine Kernfunktion des Hausarztes. Damit kann die Fragmentierung verhindert werden. Wenn „Advanced Practice Nurses“ mehr Aufgaben übernehmen sollen, stellt sich jedoch die Frage, woher diese kommen sollen und ob es genügend gibt, um diese Aufgaben zu übernehmen. Die Hausarztmedizin soll auch künftig eine wegweisende Funktion haben, aber im Team verankert sein, eingebunden mit anderen Berufen, deren Verantwortungen mehr und mehr überschneidend sind.

Diskutiert wird auch, welche Rolle die Apothekerinnen und Apotheker in diesem Modell übernehmen können und unter welchen Umständen – etwa bei der Erweiterung ihrer Weiter- und Fortbildung – sie in ihren angestammten Bereichen (z. B. als Fachpartner beim Medikamenteneinsatz) und darüber hinaus (z. B. beim Patient Empowerment) weitere Aufgaben übernehmen könnten.

Was wollen eigentlich ...

«Wenn ein gut informierter Patient direkt zum betreffenden Spezialisten geht, sollte man da nicht allzu rigide sein und ihn zuerst beim Grundversorger vorbeischicken.»

Patrick Francioli

... die Patienten?

Nicht alle Patienten benötigen einen Hausarzt vor Ort: Eine Studie im Kanton Bern hat ergeben, dass viele Patienten mobiler sind als gedacht und auch bereit sind, den Arzt im nächsten Dorf zu besuchen. Zudem gibt es einige Patienten, die relativ gut informiert sind und zu Recht direkt zum Spezialisten gehen. Hier sollte man nicht zu rigide sein mit dem obligatorischen Gang zum Hausarzt.

«Die berufliche Flexibilität mit einer Arztpraxis ist eingeschränkt, man ist weniger mobil. Und im Wahlstudienjahr habe ich auch viele männliche Assistenzärzte getroffen, die sich nicht vorstellen können, immer 100% zu arbeiten.»

Esther Pardo

... und die jungen Ärzte und Ärztinnen?

Die Anreize (inkl. finanzielle) für eine frühzeitige Entscheidung in Richtung Hausarztmedizin reichen nicht aus. Müsste also das Lohnmodell angepasst werden für die Hausärzte? In den Niederlanden z.B. gibt es eine gemischte Lohnzahlung an die Hausärzte. Verschiedene Lohnmodelle sind denkbar: das Performance Modell richtet sich nach den erfolgreichen Behandlungen, ein anderes Modell richtet sich nach der Anzahl behandelter Patienten. Ein drittes Modell richtet sich nach den Kosten der Behandlung. Denkbar wäre für die Schweiz eine Kombination aus allen drei Modellen.

«Wir älteren Hausärzte dürften unseren Beruf ruhig etwas enthusiastischer vorleben und so die jüngere Generation in ihrer Motivation unterstützen, auch wenn sie andere Werte haben als wir.»
Pierre Klausner

Hier stellt sich auch die Frage, welches Berufsbild heutige Hausärzte vermitteln: Versprühen sie noch genügend Lust und Freude, um jüngere Ärzte zu motivieren?

«Ich plädiere ganz klar für eine fünfjährige Weiterbildung für einen Facharzt der Allgemeinmedizin.»
Thomas Rosemann

Die Wichtigkeit der Aus-, Weiter- und Fortbildung

Einigkeit besteht darin, dass die Aus-, Weiter- und Fortbildung verbessert werden muss, uneins sind sich die Experten über das wie. Es sollten in Zukunft mehrere Möglichkeiten für die Qualifizierung zum Hausarzt offenstehen. Das bedingt jedoch einen modulartigen Aufbau der Weiterbildung und eine Abkehr vom bisherigen starren einheitlichen Modell.

Wenn die Hausarztmedizin künftig eine wichtigere Rolle einnehmen soll, dann braucht es eine sehr gute – und tendenziell eher längere als kürzere – Weiterbildung. Andererseits wurde betont, dass die Weiterbildungsdauer nicht entscheidend ist, wenn die Patientenbedürfnisse ins Zentrum gestellt werden. Mehr Bedeutung haben dann die Inhalte sowie die Lern- und Anwendungsorte (z. B. Spezialklinik vs. Praxis). Es braucht grosse Flexibilität in der Aus- und Weiterbildung. Eine Steigerung der Attraktivität der Grundversorgung über eine gewisse Spezialisierung scheint machbar.

«Ich sehe noch immer viele lose Fäden, die irgendwo hängen. Die grosse Kunst wird es sein, jemanden zu finden, der sie zusammenbringt.»
Jacqueline Fehr

Was die Zukunft bringt

Auf der politischen Agenda stehen Veränderungen der Rahmenbedingungen, zum Beispiel die Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“, welche diesen Bereich stärken möchte. Weitere Themen sind neue Hausarztmodelle und die Aufhebung des Ärztestopps (Kanton Zürich). Sind das Schritte in die richtige Richtung? Ja, aber es sind kleine Schritte.

Es braucht darum dringend eine umfassende politische Agenda.

Synthese zum Tagungsende

Prof. Dr. Peter Suter, Präsident SAMW



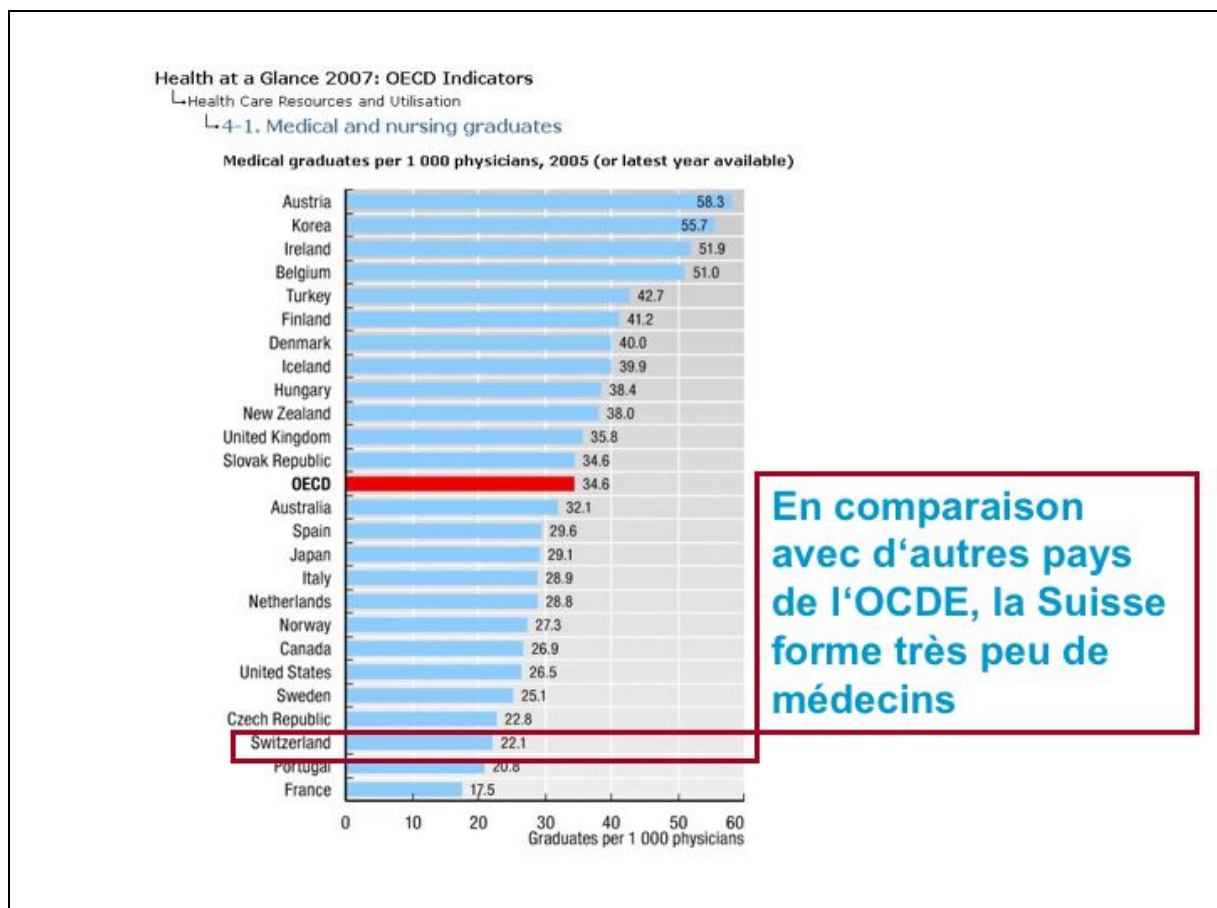
Dass die Hausmedizin ins Zentrum der Gesundheitspolitik rücken muss, ist auch aus übergeordneter Warte der SAMW unbestritten. Nur eine Reihe von konzertierten Massnahmen in Aus- und Weiterbildung, neuen Praxis- und Entgeltungsmodellen, einer aktiveren Rolle von Gemeinden und Quartieren sowie der berufsübergreifenden Kooperation und Aufgabenteilung wird Verbesserungen bringen.

Es gibt viele aktuelle Veränderungen im Bereich der Grundversorgung, z. B. Gruppenpraxis und geregelte Arbeitszeiten, Verantwortungsteilung mit anderen Medizinalpersonen und im speziellen: «Die Frau ist die Zukunft des Mannes» (aus einem Chanson von Jean Ferrat) – auf die heutige Tagung übertragen: «Die Frau ist die Zukunft der Medizin»

Die Grundversorgung heute: Wo liegen die Probleme?

- Es besteht ein Mangel an Praktikern und es fehlt dem Nachwuchs an der Motivation zur Weichenstellung in Richtung Grundversorgung. Sind vielleicht Aus- und Weiterbildung in Fakultäten und Spitälern suboptimal?
- Die Motivation und Sensibilisierung der angehenden Mediziner kann verbessert werden: bereits vor dem Studium (im Gymnasium) sowie während des Studiums.

Blitzlicht auf die Ausbildung



- Im Vergleich zu anderen OECD-Ländern bildet die Schweiz wenig Ärzte aus: 22 diplomierte Ärzte pro Jahr auf 1000 Ärzte (OECD-Schnitt: 35, Österreich 58). Die Schweiz liegt damit am Ende der OECD-Länder.
- Die Ausbildung kostet im Vergleich zu den Gesamtausgaben im Gesundheitswesen relativ wenig: 1-1,5 Milliarden Franken (ungefährer Aufwand der medizinischen Fakultäten der Schweiz) entsprechen rund 1,5-2,5 Prozent der Gesamtausgaben.
- Soll der Numerus Clausus kombiniert mit dem Eignungstest aufgehoben werden? Nein, der Test kann Studierende, welche die ersten Prüfungen nicht schaffen würden, vom Studienbeginn abhalten. Die Zahl der Studienplätze muss aber deutlich erhöht werden.

Was haben die Reform und Bologna gebracht?

- Eine Verbesserung der Ausbildung für die Grundversorgung, vermehrten Kontakt mit der Praxis. Gab das einen Motivationsschub für Hausärzte?
- Neue pädagogische Ansätze, die eigenständiges Lernen fördern, sollen auch in der Weiterbildung konsequent eingesetzt werden: das soll eine Kernfunktion des Schweizerischen Institutes für ärztliche Weiter- und Fortbildung werden.
- Die positiven Aspekte wie Selbststudium oder neue pädagogische Ansätze im Bereich der Weiter- und Fortbildung nützen. Dazu muss das geplante Fortbildungsinstitut eine «Unité de doctrine» entwickeln.
- Neue Bildungsangebote: «Master of Medical Education».

Die Schlussfolgerungen – was es braucht:

- Die Hausarztmedizin muss wieder ins Zentrum rücken.
- Der Grundversorger soll sich vom Einzelkämpfer zum Teamarbeiter entwickeln: Gruppenpraxen, neue Berufsbilder und -profile, neue Aufgabenteilung zwischen den Berufsgruppen. Der Hausarzt stellt Diagnosen, behandelt und koordiniert.
- Vom Einzelleistungstarif zum Salär: Sind Ärzte Unternehmer oder lieber Angestellte?
- Klare Rahmenbedingungen durch die Politik, vor allem auf Bundesebene – unabhängig von den Interessengruppen: Auch die Diskussion über die Niederlassungsfreiheit muss geführt werden; wäre nicht die den Bedürfnissen entsprechende Versorgung in allen Landesteilen höher zu gewichten? Und setzen die Ärzte bei der politischen Diskussion des Vertragszwangs auf das richtige Pferd, wenn 99% von ihnen 1% „graue Schafe“ schützen wollen?
- Eine aktive Community holt den Praktiker: Gemeinden und Quartiere stellen Infrastrukturen für Praxen und „Permanences“ zur Verfügung.

Kurzbiografien

Dr. med. **Werner Bauer**, Mitglied der AG « Berufsbilder » der SAMW

Werner Bauer, geboren 1947, hat Medizin in Zürich studiert und sich in Zürich und Seattle weitergebildet (Innere Medizin & Hämatologie-Onkologie). Er hat als Assistenzarzt und Oberarzt am Zürcher Universitätsspital gearbeitet, bis er 1981 seine eigene Praxis eröffnete. Er ist in mehreren beruflichen Vereinigungen tätig: u. a. hat er 1999-2001 das Schweizerische Kollegium für Hausarztmedizin präsiert und 2001-2004 die Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin. Seit 2008 präsiert er die *European Federation of Internal Medicine*. Er hat die Arbeitsgruppe «Berufsbilder» der SAMW geleitet, deren Ergebnisse in folgende Publikation einfließen: *Die zukünftigen Berufsbilder von Ärztinnen/Ärzten und Pflegenden in der ambulanten und klinischen Praxis* (Schweizerische Ärztezeitung 2007; 88: 46).

Prof. Dr. **Sabina De Geest**, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel

Nach einer ersten Ausbildung in der Pflege doktorierte Sabina De Geest in Medical Social Sciences an der Katholischen Universität Leuven (Belgien). Seit 2000 leitet sie das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel und ist Adjunkt-Professorin an folgenden Hochschulen: *Center for Health Services and Nursing Research* in Leuven (Belgien), *University of Pennsylvania* (USA), *John Hopkins University* (USA), *College of Nursing of New York* (USA) und *University of Missouri* (USA). Ihre Forschungsarbeit befasst sich vor allem mit psychosozialen und Verhaltensaspekten chronischer Krankheiten (z.B. HIV). Sie ist Ko-Herausgeberin des *Journal of Nursing Scholarship* und Mitglied mehrerer *Editorial Boards*. Seit 2004 ist sie *Fellow of the Royal College of Nursing* und seit 2006 *Fellow of the American Academy of Nursing*.

Frau **Jacqueline Fehr**, Nationalrätin

Jacqueline Fehr, geboren 1963, ist in Elgg und Winterthur aufgewachsen. Sie hat zunächst als Lehrerin gearbeitet, dann als unabhängige Beraterin (Consulting, Bildung, Coaching). 1990 begann ihre politische Karriere (Grosser Gemeinderat Winterthur 1990-1992; Kantonsrat 1991-1998). Seit 1998 ist sie Nationalrätin für den Kanton Zürich und Mitglied mehrerer Kommissionen – zurzeit der Kommission für Verkehr und Fernmeldewesen KVF sowie der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit SGK. Im Oktober 2008 hat sie folgende Motion eingereicht: *Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin*. Sie ist Vize-Präsidentin der SP.

Prof. Dr. **Patrick Francioli**

Als Professor am *Institut de médecine préventive hospitalière* (CHUV Lausanne) forscht Patrick Francioli im Bereich der Antibiotikaresistenz. Er ist zurzeit Dekan der *Faculté de biologie et de médecine* der Universität Lausanne.

Dr. med. **Hélène Jaccard Ruedin**, Projektleiterin, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan

Hélène Jaccard, geboren 1963, hat Medizin in Lausanne studiert und sich in Innerer Medizin weitergebildet. Zudem hat sie 1995 ein Diplom in Tropenmedizin in Antwerpen (Belgien) erhalten sowie 2003 einen *Master in Public Health* absolviert (Universitäten Bern, Basel und Zürich). Sie hat als Assistenzärztin in verschiedenen Schweizer Spitälern gearbeitet und war später für die NGO Solidarmed als *médecin de district* im Nordmozambik tätig. 2000-2004 hat sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin beim BAG in der Sektion *Impfungen* der Abteilung *Übertragbare Krankheiten* gearbeitet und ist seit 2004 Projektleiterin beim Obsan. Sie hat mehrere Berichte mitverfasst, darunter: *Gesundheitspersonal in der Schweiz – Bestandaufnahme und Perspektiven bis 2020* (Februar 2009), *Angebot und Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in der Schweiz – Prognosen bis zum Jahr 2030* (Juli 2008), *Entwicklung des ärztlichen Aktivitätsgrads in der ambulanten Medizin zwischen 1998 und 2004* (Dezember 2007), *Angebot und Inanspruchnahme an ambulanten medizinischen Leistungen in der Schweiz* (April 2007).

Dr. méd. **Pierre Klauser**

Pierre Klauser ist Kinderarzt mit eigener Praxis in Genf. Er hat mehrere Jahre die Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie präsiert und wurde 2009 zu ihrem Ehrenmitglied ernannt.

Frau **Esther Pardo**

Esther Pardo fing 2002 ihr Medizinstudium an der Universität Zürich an. Sie war zuerst im lokalen Studierendenverein aktiv und später im Vorstand der *Swiss Medical Student Association*. Sie vertritt die Studierenden innerhalb der Medizinalberufekommission MEBEKO seit 2007.

Prof. Dr. **Arnaud Perrier**, Allgemeine Innere Medizin, HUG (Universitätsspital Genf)

Arnaud Perrier, geboren 1959, hat an der Universität Genf Medizin studiert, wo er 1982 sein Diplom erhielt. Nach zwei Jahren in der Nierenphysiologieforschung hat er sich in Innerer Medizin und in Pulmonologie am Genfer Universitätsspital weitergebildet. Seit 1994 arbeitet er im Department für Innere Medizin, das er zurzeit leitet. Seine Forschung befasst sich vor allem mit der Thrombosendiagnostik. Zudem interessiert sich A. Perrier sehr für den Medizinunterricht und hat aktiv an der Reform des Curriculums der medizinischen Fakultät von Genf teilgenommen. Er ist verantwortlich für die «*Apprentissages en Milieu Clinique*» des Bereichs Innere Medizin auf Masterstufe.

Prof. Dr. **Iwan Rickenbacher**

Iwan Rickenbacher hat eine Lehrerausbildung gemacht und danach Pädagogik an der Universität Freiburg studiert. Seit 1992 arbeitet er als selbstständiger Kommunikationsberater. Zudem ist er u. a. Honorarprofessor an der Universität Bern und Präsident der Schweizer Journalistenschule (LU).

Prof. Dr. **Thomas Rosemann**

Thomas Rosemann hat seine Medizinausbildung an der LMU München 2001 abgeschlossen. Er hat sich in Allgemeiner Innerer Medizin weitergebildet und erhielt einen Dokortitel der Universität Radboud in Nijmegen (Niederlande). Nachdem er 2007 zum *Privatdozent* der Universität Heidelberg ernannt wurde, übernahm er 2008 die Leitung des neuen Institut für Hausarztmedizin in Zürich.

Frau **Rahel Schwotzer**, Assistenzärztin im Spital Männedorf

Rahel Schwotzer, geboren 1980, hat Medizin in Fribourg und Zürich studiert und als Assistenzärztin im Luzerner Kantonsspital in Wolhusen gearbeitet. Zurzeit ist sie Assistenzärztin im Bereich Innere Medizin im Spital Männedorf.

Prof. Dr. **Susanne Suter**, Präsidentin des Schweizerischen Wissenschafts- und Technologierats

Susanne Suter, geboren 1943, hat Medizin in Zürich und in Wien studiert. Sie hat eine Weiterbildung in Pädiatrie in Genf und in San Francisco sowie eine Weiterbildung in Infektiologie in Genf absolviert. Sie hat regelmässig SNF-finanzierte Forschungsprojekte geleitet und wurde 1990 zur ordentlichen Professorin in Pädiatrie ernannt. 1991-2004 hat sie das Departement für Pädiatrie der medizinischen Fakultät der Universität Genf geleitet und war gleichzeitig Chefin der Kinderklinik des Genfer Universitätsspitals. 1997-2000 war sie zudem *ad interim* Chefin der Pädiatrieklinik des CHUV in Lausanne. Neben ihrer Tätigkeit in Klinik, Lehre, Forschung und Verwaltung hat Susanne Suter in zahlreichen Kommissionen, Gesellschaften, *Editorial Boards* und Räten Einsitz genommen und ist seit 2004 Präsidentin des SWTR. Unter ihrer Leitung hat der Rat zwei Berichte zur ärztlichen Aus- und Weiterbildung veröffentlicht: *Für eine zukunftsorientierte Hochschulmedizin* (SWTR 1/2006) und *Ärztedemografie und Reform der ärztlichen Berufsbildung* (SWTR 2007).

Prof. Dr. **Peter Suter**, Präsident der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften

Peter Suter hat Medizin in Wien und Zürich studiert und eine Weiterbildung im Bereich Innere Medizin und Intensivmedizin in Genf, San Francisco, Boston und Pittsburgh absolviert. Er war Chefarzt der Abteilung für Chirurgische Intensivmedizin am Universitätsspital Genf (1982-2005) sowie Ordinarius für Intensivmedizin (1995-2006), Dekan der medizinischen Fakultät Genf (1995-2003) und Vize-Rektor Forschung der Universität Genf (2003-2006). Seine Forschungsinteressen konzentrieren sich auf Lungenfunktions-Störungen, Infektionen in der Intensivmedizin, Evaluation von Forschung und Lehre sowie Ethik. Er hat circa 400 wissenschaftliche Artikel publiziert und ist Mitglied mehrerer *Editorial Boards* und wissenschaftlicher Räten. Er präsidiert die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften seit 2004 und die Akademien der Wissenschaften Schweiz seit 2009.

Die Tagung wurde im Rahmen von zwei Artikeln zum Thema medizinischer Grundversorgung erwähnt (Corriere del Ticino 07.10.09; Schweizerische Ärztezeitung 2009 90:46). Zudem hat die Neue Zürcher Zeitung vom 8. Oktober 2009 einen Artikel der Tagung gewidmet:

Strategien gegen den Hausarzt-Mangel

Die Politik setzt auf Hausärzte, doch ist dieser Berufsweg für junge Ärzte zu wenig attraktiv. Immer weniger junge Mediziner wollen Hausärzte werden. An einer Tagung in Bern wurden Wege aus der sich abzeichnenden Versorgungslücke diskutiert.

nn. Bern. Im Kampf gegen die steigenden Gesundheitskosten sind sich Politiker aller Couleur in einem Punkt einig: Die Patienten sollen nicht gleich zum Spezialisten rennen, sondern zuerst ihren Hausarzt aufsuchen, der sie falls nötig an einen Spezialisten weiterleitet. Hausarztmodelle werden bereits mit Prämienvergünstigungen gefördert, neu soll gar mit einem höheren Selbstbehalt bestraft werden, wer direkt zum Spezialisten geht. Vor kurzem haben die politisch neu organisierten Hausärzte eine Volksinitiative lanciert, um die Gewährleistung der hausärztlichen Grundversorgung in die Verfassung zu schreiben.

Gründe der Versorgungslücke

Eine vom Schweizerischen Wissenschafts- und Technologierat am Dienstag in Bern organisierte Fachtagung bestätigte aber den Befund, dass es in absehbarer Zeit an Hausärzten mangeln wird. Wie Hélène Jaccard Ruedin vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium vorrechnete, wären aufgrund der Alterung der Bevölkerung und dem Umstand, dass Senioren für zwei von drei Konsultationen einen Hausarzt aufsuchen, zusätzliche Hausärzte nötig. Doch lässt sich bis 2030 ein Rückgang um 14 Prozent und eine Versorgungslücke prognostizieren – weil viele Hausärzte bald das AHV-Alter erreichen und zu wenig junge Ärzte nachrücken.

Aufschlussreich war diesbezüglich ein als Dialog gehaltenes Referat von Werner Bauer von der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften und der Zürcher Assistenzärztin Rahel Schwotzer. Die junge Medizinerin nannte den im Vergleich zu Fachärzten geringen Verdienst aber auch den «Zeitgeist» als Gründe für die fehlende Attraktivität des Hausarzt-Berufes. Es entspreche eben nicht mehr den heutigen Vorstellungen von Freiheit, sich auf Jahre hinaus auf eine eigene Praxis festzulegen und sich als Einzelkämpfer quasi rund um die Uhr für die Patienten bereit zu halten.

Anders als der generelle Schweizer Ärztemangel lässt sich der Hausarzt-Mangel nicht allein mit einer Abschaffung des Numerus Clausus oder mehr Studienplätzen in der Medizin beheben. Vielmehr müsse der Hausarzt-Beruf aufgewertet werden, so der Tenor an der Tagung. Allgemeinpraktiker sollen nicht nur als «Gate-Keeper» zuhanden der Spezialisten eine Triage machen, sondern sich in der Aus- und Weiterbildung Spezial-Kompetenzen aneignen.

Modular und integriert

Statt zwischen Spezialisten und Hausärzten zu unterscheiden, könnten sich letztere auf Kinder, Berufstätige oder Senioren spezialisieren, lautete ein Vorschlag. Arnaud Perrier, der Leiter des Departements für Innere Medizin am Universitätsspital Genf, stellte ein modulares Ausbildungsmodell vor, wonach sich Studenten zu «ländlichen» oder «urbanen» Hausärzten ausbilden könnten. Betont wurde ferner, dass Hausärzte künftig mehr in Gruppenpraxen und im Team arbeiten dürften – schon nur wegen den Ansprüchen auf Teilzeitarbeit des zunehmend weiblichen Nachwuchses. Dabei könnten in integrierten Modellen auch Pflegefachleute gerade in der Behandlung chronisch Kranker mehr Aufgaben übernehmen.

So blieb als Fazit der vom Politologen Iwan Rickenbacher anregend geleiteten Tagung, dass die politisch gewollte Stärkung der Hausärzte im Gesundheitssystem Investitionen in die Ausbildung und die Attraktivität des Berufes bedürfe – was wiederum kaum zum Nulltarif erhältlich sein wird.

Mitwirkung

Zusätzlich zu den Mitarbeitenden des SWTR, der SAMW und der CRUS haben an dieser Tagung folgende externe Mandanten mitgewirkt:

Herr Jean-Michel Stoessel, Übersetzung

advocacy AG

Herr Dominik Büchel, Tagungsbericht

MIT-Group

Herr Simon Rickenbacher, Beratung und Unterstützung für Flyer und Webseite

Frau Duscha Heer (mc-idee), Flyer Design

Herr Oliver Ebert, Tagungswebseite

Herr Mario Ciceri, Tagungsfotograf